

DE

N° 26

QUELQUES CAUSES DE STÉRILITÉ

CHEZ LA FEMME

(REVUE GÉNÉRALE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

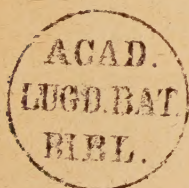
Le 12 Mars 1907

PAR

M^{me} MOSNIER née CLAUZEL

Née à Lédignan (Gard), le 23 mai 1881

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



Seigneur préservez-moi, préservez ceux que j'aime,
Frères, parents, amis et mes ennemis même
Dans le mal triomphants.
De jamais voir, Seigneur, l'été sans fleurs vermeilles,
La cage sans oiseaux, la ruche sans abeilles,
La maison sans enfants.



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
SARDÀ ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (*)
Clinique ophtalmologique.	TRUC (*).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDÀ.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. RAUZIER, DE ROUVILLE

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	RAUZIER, prof. adjoint
Pathologie externe	SOUBEIRAN, agrégé
Pathologie générale	N...
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements	PUECH, agrégé lib.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBREAU, agr.
Clinique d'oto-rhino laragynologie	MOURET, agr. libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. JEANBRAU	MM. GAGNIERE
RAYMOND (*)	POUJOL	GRYNFELTT Ed.
VIREs	SOUBEIRAN	LAPEYRE
VEDEL	GUERIN	

M. IZARD, *secrétaire.*

Examineurs de la Thèse

MM. CARRIEU, <i>président.</i>	MM. SOUBEIRAN, <i>agré.</i>
GRANEL, <i>professeur.</i>	GRYNFELTT, <i>agré.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*Arrivée au but qu'ils m'ont proposé,
j'offre ici à leur mémoire pieusement
gardée cet humble témoignage de re-
connaissante affection qui vient trop
tard pour leur apporter une joie si
longtemps attendue. Leur vie sera l'ins-
piration de la mienne et je n'ai qu'une
seule ambition : les suivre sans défail-
lance dans la voie du devoir qu'ils ont
parcourue avant moi.*

A MA TANTE A. FLOUTIER

*Témoignage bien faible d'une reconnais-
sance et d'une affection toutes filiales.*

A MON MARI

C'est-à-dire à mon meilleur ami.

MEIS ET AMICIS

L. MOSNIER-CLAUZEL.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CARRIEU

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ
MÉDECIN EN CHEF A L'HOPITAL SUBURBAIN

L. MOSNIER-CLAUZEL.

A NON FRÈRE CHARLES CLAUZEL

L. MOSNIER-CLAUZEL.

AVANT-PROPOS

Il nous est arrivé bien souvent de sourire en lisant la page laudative et les accents parfois volontairement émus que chaque candidat se croit obligé d'adresser au début de sa thèse à tous ses maîtres et à tous les étudiants de la Faculté... Pourquoi est-il si difficile d'être vrai dans tous les domaines de la vie ?... Pourquoi essayons-nous de séduire notre prochain par ce qui nous séduit si souvent nous-même : les louanges et l'admiration ?...

Appelée nous-même à écrire les premières pages d'une thèse qui nous donnera à la fois tant de droits et nous créera tant de devoirs, nous regrettons de ne pouvoir, par suite de la publicité relative de ce travail, traduire bien des impressions intimes de notre vie à la Faculté et finir par une profession de foi qui révélerait toute notre philosophie de la vie, tous les principes qui nous éclaireront dans nos futurs devoirs de praticienne.

Pendant quatre longues et pénibles années nous avons été seule étudiante française à la Faculté de Montpellier, et ce titre d'étudiante a été souvent lourd à porter. Il s'agirait peu d'encombrer la première page de notre thèse par le récit des souffrances que nous avons dû subir pour mener à bien la tâche que le devoir nous imposait. D'ailleurs il suffirait d'une simple impulsion d'un esprit bien français pour nous adres-

ser, en une réponse railleuse à nos récriminations, cette phrase à la Molière : « Mais aussi que diable venait-elle faire dans cette galère ? » Exprimée sous cette forme ou sous une autre ou simplement traduite par un geste, une attitude, cette pensée nous a souvent été adressée pendant le cours de nos études. Souvent le désespoir s'est emparé de nous, souvent nous avons douté d'atteindre jamais le but entrevu par des parents chers.

Mais une intelligente bonté a bien voulu éclairer notre route, une science s'est mise à la portée de notre ignorance, et grâce à une sympathie que nous sentions toujours prête à se témoigner, nous avons triomphé de bien des lassitudes et de bien des découragements. Nous nommons bien hautement M. le professeur Carrieu. Le bon sourire avec lequel il nous accueillait chaque matin à l'hôpital nous a souvent réconfortée pour la tâche quotidienne et nous a donné l'audace de nous approcher des malades, dont l'abord est si difficile aux jeunes étudiants. Nous avons gravé dans notre esprit son précieux et large enseignement clinique. Pour nous, M. le professeur Carrieu demeure le Maître dans la plus haute signification du mot. Ce n'est ni l'heure ni le lieu de dire à ce maître aimé et vénéré la gratitude profonde que nous avons pour lui, dette qu'il accroît encore aujourd'hui en acceptant la présidence de notre thèse. Il a été pour nous le plus excellent des maîtres et un véritable ami dans des deuils douloureux : nous ne l'oublierons jamais.

Nous adressons une pensée reconnaissante à M. le professeur Granel, qui fait revivre au milieu de ses élèves l'enseignement des anciens et dont les leçons de science arrivent à être une agréable causerie à laquelle même les plus petits sont conviés cordialement à prendre part.

M. le professeur agrégé Soubeiran nous a tendu une main secourable à la dernière heure en nous donnant le sujet de ce travail et en nous aidant de ses bons conseils. Qu'il en soit ici sincèrement remercié.

Nous voulons aussi donner une place, et non la moindre, à M. le docteur Rouvière, chef des travaux anatomiques à la Faculté. Il nous a dit souvent, avec sa saine gaieté et le rire que ses amis aiment à entendre retentir, bien des paroles instructives et sages dont nous gardons un précieux souvenir.

DE

QUELQUES CAUSES DE STÉRILITÉ

CHEZ LA FEMME

INTRODUCTION

Nous présentons timidement à nos juges un sujet dont la seule envergure aurait pu nous effrayer. A cette heure où les questions de sociologie sont traitées par tous, dans toutes les langues et dans tous les milieux, notre ambition eût été d'écrire une thèse médico-sociale. Mais ce sont là des problèmes trop graves pour être traités par un esprit jeune et inexpérimenté et, ce qui est pire encore, par un esprit féminin !... Chacun nous blâmerait de notre audace ; aussi avons-nous choisi simplement, parce que femme et touchée par tout ce qui intéresse notre faiblesse, un sujet qui nous a paru convenir à nos aptitudes, à notre orientation dans la carrière médicale, voire même à un sujet qui doit intéresser chacun des membres de la grande famille humaine.

Nous voulons étudier quelques causes de la stérilité chez la femme. D'accord, en cela, avec les philanthropes et avec les amis de la grande Nature en tant que celle-ci est une manifestation universelle de la vie, nous pensons que la femme

est à l'apogée de son destin, lorsque, déjà épouse, elle attend la naissance de son premier enfant ; et la question scientifique vient se poser naturellement à côté de la question humaine. Pourquoi les joies de la maternité ne sont-elles point permises à toutes les femmes, même à celles qui sentent, dans leur cœur, depuis leur première poupée, cette sublime vocation ? Comment ces déshéritées peuvent-elles remédier en quelque sorte à une maladie ou à une infirmité congénitale ou acquise ? Telles sont les questions que nous nous proposons d'envisager dans ce travail.

Nous laisserons systématiquement de côté tout ce qui sera étranger à la femme et nous nous occuperons exclusivement des causes principales de stérilité chez elle. Il eût été plus intéressant pour nos juges et pour nous-même de pouvoir présenter quelques observations au sujet de chaque cas envisagé. Mais tous nos maîtres savent que ces faits sont très rares dans la clinique hospitalière. Aussi nos juges ne nous tiendront pas rigueur de ne leur présenter aucune observation personnelle. D'ailleurs le plus souvent l'intervention est faite dans le but d'améliorer une affection gynécologique plutôt que pour porter remède à la stérilité. Aussi les femmes guéries d'une lésion inflammatoire, d'une mauvaise position douloureuse de l'utérus, etc., ne viennent plus consulter même si une grossesse a été la conséquence éloignée et le complément de l'intervention première.

Notre travail perdra ainsi un peu au point de vue pratique. Pour le rendre moins didactique et moins théorique nous présenterons, autant que nous le pourrons, la symptomatologie sous forme de consultation clinique, réunissant sur un même individu les faits que l'on a coutume de rencontrer dans chaque cas particulier que nous étudions.

Nous avons classé en trois groupes les principales causes de la stérilité chez la femme. Nous étudierons successive-

ment : 1° les inflammations et les tumeurs ; 2° les déviations ; 3° les malformations et les vices de développement des organes génitaux. Nous n'ignorons pas que notre travail laisse de côté plusieurs autres causes, à la vérité moins fréquentes, et que par cela même il n'est point absolument complet. Mais notre but est d'indiquer seulement les cas de stérilité chez la femme que l'on rencontre le plus souvent.

A propos de chacune des causes de stérilité que nous envisageons, nous indiquons sommairement le traitement applicable. Lorsqu'il y a indication à une intervention chirurgicale, nous mentionnons un ou plusieurs procédés en renvoyant pour la technique aux ouvrages spéciaux.

Ce modeste travail n'a pas la prétention d'apporter une pierre nouvelle à l'édifice ; comme l'indique le sous-titre, il s'agit d'une revue générale, et par suite d'un groupement d'idées déjà énoncées et répandues, éparses dans les ouvrages antérieurs.

CHAPITRE PREMIER

STÉRILITE DUE A UNE LÉSION INFLAMMATOIRE AIGUE OU CHRONIQUE OU BIEN A UNE TUMEUR DES ORGANES GÉNITAUX

I. — INFLAMMATION

Il s'agit le plus souvent d'une malade chez laquelle la menstruation s'est normalement établie entre 12 et 15 ans, les règles ont été normales comme quantité et comme durée. Depuis le mariage elles sont devenues douloureuses, accompagnées de pertes d'abondance et de couleur variables. La malade accuse de la dysurie plus ou moins marquée qui a duré quelques jours et peut avoir disparu. Elle se plaint de douleurs multiples dans la région lombo-sacrée, dans les régions rénale, abdominale et hypogastrique avec irradiation dans les membres inférieurs. Elle signale des troubles gastro-intestinaux, de l'entérite muco-membraneuse. Parfois même il y a déjà eu grossesse et accouchement. Les suites de couches ont été longues. La malade a eu des lochies sales, couleur chocolat, malodorantes, avec fièvre plus ou moins intense ; tout le tableau de l'infection puerpérale, et depuis elle souffre surtout à la période menstruelle et ne peut plus concevoir malgré son désir de redevenir mère.

Son faciès présente parfois un aspect spécial décrit sous le nom de faciès génital ou faciès utérin. « La face est amai-

grie, quoique assez souvent à un degré peu considérable, mais elle est surtout décolorée, pâle, d'un blanc sale, ne présentant ni la bouffissure des chlorotiques, ni la teinte des maladies cancéreuses, ni celle qui est liée au ramollissement graisseux du cœur ; elle a un aspect terne, l'œil est languissant, la physionomie est sans expression avec une teinte jaunâtre particulière. » (1)

La leucorrhée est souvent abondante. C'est un écoulement généralement purulent, filant, de couleur blanc jaunâtre ou jaune verdâtre. Sa réaction est le plus souvent acide ; il irrite et excorie les régions voisines, causant ainsi un prurit douloureux et amenant parfois, du côté des grandes lèvres, de la rougeur, de la tuméfaction et même des ulcérations. Cette acuité est la cause principale de la stérilité par vaginite ou par métrite. Les spermatozoïdes sont, en quelque sorte, noyés et submergés dans ce liquide délétère.

L'examen complet de l'appareil génital montre une muqueuse vaginale granuleuse, un col plus ou moins augmenté de volume, vernissé, boursoufflé. L'examen des sécrétions permet parfois de déceler le germe pathogène, le gonocoque le plus souvent. La salpingo-ovarite se diagnostiquera par son cortège de douleurs locales et d'hyperesthésie abdominale, par son retentissement sur tout l'organisme.

Il faut traiter ces affections inflammatoires, qui sont par elles-mêmes causes véritables de stérilité. La femme, en effet, dont l'utérus ou les annexes sont enflammés, conçoit difficilement ; quand elle conçoit, l'avortement est fréquent. « La métrite-endométrite, dit Auvard, est susceptible d'amener la stérilité par un triple mécanisme :

(1) Aran. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus, p. 143.

» Tantôt l'écoulement muco-purulent encombre l'utérus et empêche l'ascension du spermatozoïde, bouchon naturel opposé à la conception.

» Tantôt la surface utérine, blindée par du mucus en excès, est inhospitalière à l'ovule fécondé qui glisse sans se fixer.

» Tantôt enfin, acidifiant le milieu, l'inflammation tue le spermatozoïde, qui ne peut vivre qu'en atmosphère alcaline. » (1)

Ce même auteur rapporte une observation de Schultze assez intéressante. Il s'agit d'une femme restée stérile pendant les treize premières années de son mariage et qui devint enceinte lorsqu'on eut enlevé le mucus cervical momentanément.

Dans le mucus utérin pathologique on peut déceler de nombreux cadavres des spermatozoïdes. Le globule de pus est l'ennemi du spermatozoïde et, pour Auvard, purulence des voies génitales équivaut à la stérilité.

De plus, l'utérus enflammé expulse souvent le produit de la conception, et ainsi la métrite s'oppose, sinon à la grossesse, du moins à l'enfantement et à la reproduction de l'espèce.

On soignera ces états par le repos d'abord, par les injections antiseptiques tièdes prolongées au permanganate, au sublimé, au cyanure de mercure. Les injections alcalines seront surtout employées parce qu'elles enlèvent facilement les écoulements glaireux et aussi parce qu'elles neutralisent l'acidité du milieu. Il faudra parfois dilater le col et drainer la cavité utérine avec une mèche de gaze stérile ou antiseptique (iodoformée, salolée, etc.). L'agent infectieux doit être re-

(1) Auvard. — Traité pratique de gynécologie, p. 644.

cherché dans toutes les cavités avoisinantes. Il faut traiter la cystite, l'urétrite, souvent concomitantes. La constipation doit être combattue : elle est en effet une cause de douleur par compression et elle facilite la stagnation des éléments purulents et irrite les organes génitaux. Les salpingites sont améliorées par le repos prolongé au lit ou sur la chaise longue et la douleur atténuée par les applications sur l'abdomen de compresses humides et chaudes souvent renouvelées.

II. — TUMEURS

Certaines tumeurs peuvent dans quelques cas être cause de stérilité. Celles qui siègent à la vulve ou dans le vagin opposent parfois un obstacle à l'acte fécondant. De ce nombre sont : des kystes, des végétations de la vulve et du vagin, un polype ou un cancer vaginal.

Les fibromes utérins ne sont qu'une cause relative de stérilité. « Nombre de femmes, en effet, deviennent enceintes malgré l'existence de ces tumeurs, et une dystocie plus ou moins grave en est souvent la seule conséquence.

» C'est le siège même de la tumeur beaucoup plus que son volume qui créera une prédisposition à la stérilité. Parmi les variétés les plus aptes à empêcher la fécondation je citerai :

- » Les fibromes obstruant par compression le canal tubaire ;
- » Le fibrome envahissant la cavité corporeale ;
- » Le fibrome intra-cervical, faisant bouchon à ce niveau ;
- » Le fibrome interstitiel du col, déplaçant l'orifice utérin ;
- » Le fibrome siégeant à la face externe de l'utérus et amenant un déplacement en totalité de l'organe ;

« Le fibrome, qui engendre ou entretient une flexion utérine ; l'isthme se trouve rétréci par cette flexion. » (1)

Dans ces cas la stérilité est due soit à l'impossibilité de la rencontre de l'ovule et des spermatozoïdes, soit à l'impossibilité pour l'ovule même fécondé de se fixer et de se développer dans la cavité utérine.

L'interrogatoire de la malade attire généralement l'attention sur des hémorragies plus ou moins abondantes, hémorragies amenant parfois un état grave d'anémie qui devient ainsi une autre cause de stérilité. La douleur est parfois signalée ; elle est due soit à la compression des organes voisins, soit à des inflammations favorisées par cette même compression. Mais dans quelques cas les fibromes sont absolument latents et l'interrogatoire sans valeur. Le palper bimanuel permet ordinairement le diagnostic, que confirme l'hystéromètre, en accusant une augmentation de longueur de la cavité utérine.

Le traitement consiste à enlever ces tumeurs par les procédés classiques, soit par la voie vaginale, soit par la laparotomie.

Il arrive parfois que la femme, après une menstruation normale, voit ses règles se rapprocher. Arrivée à la trentaine et plus, ses règles durent plus longtemps, elles deviennent plus considérables et sont mélangées de caillots. Elle n'a jamais eu de grossesse. Le toucher combiné au palper permet de constater que l'utérus est hypertrophié, dur, fibromateux. « Il y a dans ces cas hypertrophie interstitielle de l'utérus...

(1) Auvard. — *Loc. cit.*, p. 647.

Contre cette hypertrophie interstitielle la baignation vaginale bi-quotidienne à 50°, même pendant les règles, donne de bons résultats. Il en est de même des cures dans une station d'eaux thermales chlorurées sodiques : Biarritz, Salies, Salins, Brides, Rheinfelden, etc... » (1)

(1) Pinard. -- *In* Livre d'or offert au P^r Pozzi, 1906, p. 9.

CHAPITRE II

STERILITE PAR VICES DE LA STATIQUE UTERINE

Une femme jeune, bien constituée, présentant toutes les apparences d'une bonne santé habituelle, malgré un vif désir de devenir mère, demeure stérile et vient demander au médecin le pourquoi de cette énigme. Par un interrogatoire méthodique le médecin apprend que cette malade, réglée au temps voulu, après une instauration normale, a toujours eu des règles régulières comme couleur, comme quantité et comme durée, mais elle se plaint de douleurs intenses pendant la première journée de chaque période menstruelle. La dysménorrhée est le symptôme dominant accusé par la malade. On a dit que la civilisation et le développement de la vie intellectuelle faisaient des dyménorrhéïques. Sans s'arrêter à cette considération d'ordre para-médical, le médecin doit se demander s'il y a une relation entre cette stérilité contre laquelle la malade demande une intervention et cette dysménorrhée persistante, et en présence de ce cas il doit penser à une position vicieuse de l'utérus. Tous les vices de la statique utérine sont en effet susceptibles, par des mécanismes différents, de devenir causes de stérilité.

Parfois cette position n'est vicieuse qu'à un degré minime et la dysménorrhée est le symptôme en quelque sorte synthétique qui traduit ce vice de la statique utérine. Parfois au

contraire la dysménorrhée, tout en restant le symptôme dominant, s'accompagne de ce processus symptomatique, qui constitue le syndrome utérin, les douleurs se prolongent pendant la période intermenstruelle et le facies caractéristique suffit à indiquer un trouble grave dans la statique utérine.

Une rétroflexion ou une antéflexion sont susceptibles par suite de la courbure du col sur le corps d'être un obstacle à l'écoulement sanguin et par cette rétention partielle d'expliquer les phénomènes douloureux qui accompagnent la menstruation. De même un déplacement en totalité de l'organe (rétroversion ou antéversion) peut, par un mécanisme différent, produire la dysménorrhée. Comment ces vices de la statique utérine peuvent-ils être cause de stérilité ? Le mécanisme varie avec chacune de ces anomalies de position, mais le résultat est le même pour tous : il y a solution de continuité dans la perméabilité du canal utérin et par suite obstacle à la progression des spermatozoïdes. L'indication thérapeutique devient alors très nette : porter remède à cette stérilité c'est essayer de rétablir dans son intégrité première la perméabilité du canal utérin : d'où la nécessité de porter un diagnostic exact du vice de la statique afin d'agir raisonnablement et avec quelque efficacité.

On peut se trouver en présence d'une antédéviation (antéflexion et antéversion) ou bien en présence d'une rétrodéviation (rétroflexion et rétroversion), les positions latérales sont plus rares. D'ailleurs tous les classiques les ont étudiées et nous n'insisterons pas sur le mécanisme qui produit chacune de ces positions vicieuses. L'examen local nous fournira un moyen sûr de diagnostiquer chaque cas.

1° Le toucher montre que le col, bien qu'à la hauteur normale, se rencontre difficilement : relégué vers la concavité sacrée, l'orifice utérin regarde en arrière et le doigt explorateur peut à peine l'atteindre. Le cul-de-sac postérieur est inac-

cessible au doigt ; dans le cul-de-sac antérieur on sent toute la face antérieure de l'utérus qui repose sur le conduit vaginal. On conclut à un déplacement en masse, à une antéversion :

2° Le doigt explorateur trouve le col à la hauteur normale, mais dirigé en avant vers le cul-de-sac antérieur. Le corps utérin se trouve dans le cul-de-sac de Douglas, où on le perçoit comme une tumeur ; c'est une rétroversion ;

3° Le col accessible facilement est dans sa position normale, mais au niveau de l'isthme le corps s'est coudé sur le col, soit pour se porter en avant, c'est une antéflexion, soit pour se porter en arrière, c'est une rétroflexion. Dans le premier cas le corps est perceptible dans le cul-de-sac antérieur ; dans le second cas il est perceptible dans le cul-de-sac postérieur.

Le diagnostic de la déviation étant établi, le mécanisme qui s'oppose à la fécondation se précise pour chacun de ces vices de statique. S'il y a rétroversion, l'orifice utérin regardant en avant n'est plus dans l'axe du conduit vaginal, et le liquide fécondant, au lieu de suivre la voie normale, demeure en totalité dans le cul-de-sac postérieur. Or, on sait, et nous avons indiqué dans un chapitre de ce travail combien les sécrétions vaginales sont meurtrières pour les spermatozoïdes. Si au contraire il y a antéversion, le col reste en arrière, obstruant le cul-de-sac postérieur, mais la voie reste barrée comme dans le cas précédent et les spermatozoïdes sont projetés dans le cul-de-sac antérieur.

De Sinety et Auvard font jouer un rôle plus important dans la stérilité aux flexions utérines : l'obstacle siège alors au niveau de l'isthme, au point où le corps se coude sur le col, et il y a alors une véritable imperméabilité du canal utérin. Parfois l'antéflexion coïncide avec un utérus infantile ou une

atrésie du col, et la fécondation est alors doublement impossible.

Contrairement à ce que la théorie permettrait de supposer, la plus grave des déviations, le prolapsus, est celle qui expose le moins à la stérilité. De même les déviations latérales, auxquelles un traitement logique s'impose immédiatement : réduire momentanément cette position vicieuse en faisant coucher la malade sur le côté opposé pendant l'union sexuelle. Très souvent la déviation utérine s'accompagne de phénomènes inflammatoires, de métrites, l'utérus congestionné devient gros et lourd. Ainsi il perd sous son propre poids sa statique primitive. Evidemment cette complication inflammatoire, qui suffit dans certains cas à empêcher la fécondation, s'ajoute à la position vicieuse pour être une double cause de stérilité. Ces processus inflammatoires concomitants à la statique utérine vicieuse expliquent pourquoi ces déviations ne sont pas toujours mobiles, l'utérus lourd et enflammé étant fixé dans sa position mauvaise par des adhérences qu'il faut le plus souvent rompre et respecter parfois comme un processus de guérison.

Si le traitement de ces causes de stérilité est dirigé par une indication unique : rétablir la filière vagino-utérine dans son intégrité normale, les moyens de réaliser cette indication seront multiples et varieront avec chaque groupe de déviations.

D'une manière générale, si la déviation s'accompagne d'une lésion inflammatoire, il faudra traiter celle-ci à part et ainsi que nous l'avons indiqué dans un chapitre précédent. Parfois d'ailleurs la guérison de la métrite concomitante amènera le redressement spontané de l'utérus.

Dans l'antédéviations et particulièrement dans la flexion utérine, que Pinard considère comme la position vicieuse devant apporter le plus grand obstacle à la procréation, ce même auteur indique un traitement curatif et un traitement

palliatif selon que l'on veut guérir la malade en vue d'une maternité prochaine ou améliorer sa dysménorrhée.

« Le traitement palliatif consiste dans la balnéation vaginale chlorurée bi-quotidienne, avant et pendant la durée des règles.

» Le traitement curatif repose sur la dilatation et le redressement du canal cervical. La dilatation lente et progressive, avec cathétérisme plus ou moins prolongé, constitue le seul traitement rationnel et efficace. Il doit commencer deux ou trois jours après la fin des dernières règles : il faut avoir, devant soi, trois semaines ininterrompues pour l'appliquer dans toute sa rigueur.

» Il comprend deux phases bien tranchées :

» 1° La dilatation et le redressement de l'utérus avec des lamineaires ;

» 2° Le cathétérisme dilatateur répété avec les bougies de Second graduées au 1/6 de millimètre.

» Dès que les règles sont installées, le plus souvent avec quelques jours d'avance, très rarement avec du retard, tout traitement est suspendu. Dès que les règles sont terminées on recommence les séances de dilatation pendant trois ou quatre jours. » (1)

Si une grossesse survient, alors c'est le complément de la guérison. Mais elle peut ne survenir qu'après quelques mois ; il faut poursuivre le traitement sans se lasser et le résultat est le plus souvent bon.

Pinard conclut ainsi son article sur le traitement des anté-déviation, antéflexions externes entraînant la stérilité : « Le cathétérisme dilatateur répété constitue le moyen le plus effi-

(1) Pinard. — *In* Livre d'or du P^e Pozzi, *passim*.

cace et le moins dangereux parce que seul il fait disparaître l'angle de flexion et la sténose du col ».

Dans les cas de rétrodéviation avec pelvi-péritonite adhésive, le massage peut donner de bons résultats et rompre doucement les adhérences. Si la rétrodéviation est simple, on a, dit Auvard, trois ressources thérapeutiques à sa disposition :

1° Le redressement de l'utérus, qui peut être manuel (selon la méthode classique), instrumental avec l'hystéromètre, ou bien favorisé par la position de la femme. La position genu-pectorale bi-quotidienne a bien souvent donné d'excellents résultats et est préconisée par tous les auteurs ;

2° Les pessaires, après réduction préalable, mais Pinard et Boursier ne sont pas partisans des pessaires intra-utérins à demeure ;

3° Les opérations qui ont pour but, les unes de maintenir le corps de l'utérus (hystéropexie, raccourcissement des ligaments ronds), les autres de soutenir le col en fortifiant le plancher périnéal qui forme une sangle insuffisante (périnéorraphie, colporrhaphie, occlusion partielle du vagin). Les premières agissent *a tergo*, les autres *a fronte*.

Il n'entre pas dans notre plan de décrire la technique opératoire des divers procédés, que l'on peut d'ailleurs retrouver aisément dans tous les classiques.

Auvard et d'autres gynécologistes pensent que pour obtenir la correction momentanée de l'utérus et redresser son antéflexion, il suffit de la simple réplétion vésicale, et partant de cette idée, il suffit de conseiller à la femme de ne pas uriner pendant les quelques heures qui précèdent et qui suivent le rapprochement sexuel. Mais ce procédé donne un résultat un peu précaire qui peut permettre évidemment la fécondation, mais qui n'améliore aucunement les troubles qui accompagnent le plus souvent ces vices de la statique uté-

rine. D'ailleurs la réplétion vésicale est parfois intolérable et toujours subordonnée à la tolérance de chaque malade.

Pour instituer un traitement thérapeutique complet il convient de donner à la malade certains principes d'hygiène. Éviter les sports violents, la station debout, qui congestionne les organes pelviens, conseiller la vie au grand air afin de fortifier cet organisme, qui est appelé à en former un autre de toutes pièces : c'est ajouter encore aux chances de guérison.

CHAPITRE III

STERILITÉ PAR MALFORMATIONS DE L'APPAREIL GÉNITAL

Les malformations de l'appareil génital peuvent être aussi nombreuses que variées. Leur siège peut se trouver sur les diverses régions de l'arbre génital. Parmi elles certaines sont absolument incompatibles avec l'idée de grossesse ; d'autres, au contraire, sont susceptibles d'être améliorées, voire même guéries par un traitement opportun et ainsi ne plus porter obstacle à la conception.

I. — VULVE ET VAGIN

Par sa forme, la vulve peut, dans certains cas, mettre obstacle à la grossesse en s'opposant à l'acte fécondant. Cependant il existe quelques cas où la grossesse a été la conséquence d'une simple éjaculation à la vulve ; les spermatozoïdes remontent alors le vagin pour arriver à l'utérus et à la trompe.

« Une femme est donc capable de concevoir tout en restant vierge au point de vue de l'hymen, dont l'ouverture n'a pas été tranchée. Zinnstag a même rapporté un cas où une femme enceinte avait une imperforation complète de l'hymen ;

dans ce fait la grossesse n'est explicable qu'en admettant un petit pertuis hyménéal au moment de la conception, pertuis obturé par la suite grâce à une inflammation adhésive. » (1). D'autres malformations vulvaires s'opposent souvent à la conception en rendant difficile sinon impossible l'acte fécondant ; de ce nombre sont les abouchements anormaux du vagin dans le rectum, et de ce fait l'absence de la vulve.

Du côté des organes génitaux externes, la fécondation est souvent rendue impossible, en dehors de toute malformation réelle, par le vaginisme. Cette affection peut se manifester par deux phénomènes principaux : hyperesthésie d'un point quelconque de la région génitale externe avec contracture des muscles de cette même région. Cet état, qui s'oppose à tout rapprochement sexuel, est sous la dépendance, soit d'une lésion locale, soit d'un état nerveux général particulier.

Il s'agit ordinairement de femmes jeunes, récemment mariées, chez lesquelles l'acte sexuel n'a pu être accompli ; elles sont dans un état moral déplorable, avec hyperesthésie et nervosisme considérables. Souvent ce vaginisme est sous la dépendance d'une lésion locale minime ; parfois on rencontre une éraillure, une légère excoriation de la zone génitale. Le toucher vaginal est le plus souvent impossible, et pour le pratiquer il faut avoir recours à l'anesthésie locale à la cocaïne et même souvent à l'anesthésie générale absolue. Parfois cette contracture siège au tiers supérieur du vagin vers le releveur de l'anus, parfois il s'agit du sphincter vulvaire. Dans ces cas la stérilité est la règle générale ; la fécondation est cependant possible et très souvent l'accouchement exerce une heureuse influence en guérissant cette affection par dilatation forcée.

(1) Auvard, — Traité pratique de gynécologie, p. 642.

Le traitement s'adressera à la cause. Il faut soigner la lésion qui crée le vaginisme. Guérir une vulvo-vaginite, traiter une fissure par l'excision ou par la dilatation forcée faite sous l'anesthésie générale poussée très loin, enlever des végétations; traiter l'état général par les sédatifs nerveux, telles sont les indications du vaginisme. On pourra, après l'échec de ces moyens, employer les procédés sanglants connus sous le nom de méthode de Sims, de Verchère ou de Pozzi et décrits dans les traités de gynécologie.

La bifidité du vagin n'est point d'ordinaire une cause de stérilité. Le plus souvent, en effet, chaque vagin se termine par un utérus normal qui permet la conception. Au point de vue de la stérilité, la malformation la plus importante est le cloisonnement plus ou moins complet du vagin. L'examen permet facilement le diagnostic.

Au moment de la puberté la femme a éprouvé toutes les manifestations physiologiques de la menstruation. L'issue du sang par l'orifice vulvaire a été douloureux, peu abondant et quelquefois même il y a eu absence totale d'écoulement menstruel. Dans ce dernier cas la malade a éprouvé des douleurs de plus en plus vives. Ces douleurs reviennent à des époques régulières avec une intensité croissante et obligent la femme à garder le lit pendant plusieurs jours. Tout rentre ensuite dans l'ordre et s'y maintient pendant une durée régulière.

L'examen local donne des renseignements précieux.

« Dans les cas de vagin rudimentaire, on voit, en écartant les grandes lèvres, que l'orifice est oblitéré par un tissu dense, ne cédant pas sous la pression du doigt ; on n'observe, à l'exception de l'urèthre, aucune ouverture conduisant aux organes internes ; ou bien un enfoncement simple ou double, se terminant en cul-de-sac, à une distance très rapprochée de la vulve. Dans ces cas de vagin rudimentaire, les symptô-

mes généraux sont nuls ou peu accusés, l'utérus étant également rudimentaire.

» Dans les cas de cloisonnement, on constate la présence d'une tumeur tendue, violacée, faisant saillie à la vulve et remontant dans le bassin, quelquefois au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur augmente de volume à chaque époque menstruelle, au moment où les douleurs se produisent.

» Ces obstacles mécaniques, s'opposant à la pénétration ou au cheminement du sperme, nécessitent une intervention. Dans les cas dont nous venons de parler, c'est-à-dire quand l'obstacle siège à l'orifice vulvaire ou sur un point quelconque du vagin, on aura recours soit à la dilatation, soit à une opération chirurgicale.

» Quand l'obstacle ne consiste qu'en une simple membrane, une incision longitudinale et cruciale suffit dans le plus grand nombre des cas. Mais si les tissus interposés sont épais et qu'il faille s'y frayer un chemin pour constituer le vagin, l'opération devient beaucoup plus laborieuse.

» L'absence de phénomènes menstruels généraux, à l'âge de la puberté, est une contre-indication à toute intervention chirurgicale, au moins au point de vue de la stérilité. » (1)

II. — UTERUS

Très rarement l'organe utérin manque complètement. Dans ces cas la stérilité est incurable. Le plus souvent l'utérus est dans un état de développement incomplet. Cette malformation porte le nom d'hypoplasie utérine et l'on distingue l'utérus fœtal ou infantile et l'utérus pubescent.

(1) De Sinety. — De la stérilité chez la femme, p. 32.

Les femmes à utérus hypoplasique sont souvent des aménorrhéiques. La période menstruelle n'est marquée chez elles que par une leucorrhée douloureuse. Si les règles existent, elles sont peu abondantes et accompagnées le plus souvent de douleurs et de pertes blanches. Elles ont d'ailleurs apparu tardivement, vers 16 à 20 ans, parfois même plus tard. Ces malades sont souvent « de petite taille, avec des os grâciles et une musculature peu développée. Les mamelles sont ordinairement de petite dimension, avec un appareil glandulaire rare, parfois enfoui dans un tissu adipeux assez abondant. » (1) Quelquefois cependant il s'agit de femmes de haute taille, avec musculature bien développée, avec, selon l'expression de M. le professeur Tédénat, « une belle façade et des apparences extérieures normales ». Mais toutes ont des troubles menstruels plus ou moins marqués. On retrouve généralement chez ces malades des antécédents héréditaires et personnels très chargés. Ce sont des chlorotiques, des tuberculeuses, des syphilitiques. Elles sont filles de rhumatisants, de gouteux, d'arthritiques, de tuberculeux, de syphilitiques, d'intoxiqués. Ce sont généralement des femmes maigres à facies souvent caractéristique, de couleur pâle et cireuse. Elles ont l'haleine courte, l'essoufflement facile, de la dyspnée au moindre effort. L'appétit est souvent capricieux. Le cœur et les vaisseaux du cou sont parfois le siège de souffles nombreux. Les poumons présentent parfois des lésions plus ou moins marquées. Ce sont des malades atteintes d'hypoplasie du feuillet moyen du blastoderme. « Déjà, en 1838, Ashvell regardait la chlorose comme une maladie de déchéance habituellement congénitale, liée à un arrêt de développement portant principalement sur les organes hémato-poiétiques. Plus

(1) Vigouroux. — Thèse de Montpellier 1903, n° 81.

récemment. Hayem, Malassez, Hénocque ont vu le substratum anatomique de la chlorose dans une hypoplasie hématique caractérisée par une insuffisance organique et fonctionnelle des hématies. D'ailleurs les travaux de Virchow, de Fraenkel, nous ont appris qu'avec les lésions du sang, qui ne font jamais défaut, on rencontre souvent chez les chlorotiques des hypoplasies portant sur le cœur qui est atrophié, sur l'appareil artériel : aorte chlorotique de Virchow, artère pulmonaire rétrécie de Hanot, rétrécissement mitral pur de Potain et Teissier. Hanot, Gilbert après Trousseau, Hardy, Potain, Landouzy ont insisté sur les rapports entre ces lésions dystrophiques congénitales isolées ou diversement combinées et la tuberculose des parents. » (1). Nous avons vu fréquemment de ces malades, atteintes de « nanisme mitral », filles de parents tarés, et chez lesquelles la fonction génitale était défectueuse. La ménopause vient tôt chez elles. Vigouroux cite deux cas assez nets. Le premier concerne une femme de 23 ans, à apparences extérieures normales. La menstruation s'est établie seulement à 19 ans. Les règles apparaissent sept ou huit fois par an, sont peu abondantes et très douloureuses. L'utérus est petit : trois centimètres et demi seulement. La ménopause a lieu à 34 ans. L'examen permettait de constater un souffle de rétrécissement mitral ; le père et deux frères étaient morts tuberculeux.

Le second cas porte sur une femme de 25 ans, chlorotique à 15 ans et réglée à 19 trois ou quatre fois par an avec douleurs très vives ; ménopause à 25. La mère et deux tantes maternelles étaient mortes tuberculeuses ; un oncle maternel mort gouteux.

Dans les cas d'utérus fœtal ou infantile, l'examen direct

(1) Vigouroux. — *Loc. cit.*, p. 16.

par le toucher combiné au palpér permet de constater que l'organe a conservé les caractères qu'il avait pendant les derniers mois de la vie intra-utérine. On trouve le plus souvent un col plus long que le corps, de forme conique, avec un orifice externe étroit, presque filiforme. Ses parois sont généralement épaissies. L'utérus, de forme cylindrique dans son ensemble, a une longueur interne qui varie de deux à quatre centimètres. Le museau de tanche fait une saillie très faible dans le vagin, qui est généralement étroit et court. Les annexes sont souvent elles-mêmes rudimentaires, parfois cependant les ovaires fonctionnent normalement.

Au point de vue de ses dimensions, l'utérus pubescent est intermédiaire entre l'utérus infantile et l'utérus normal. Il a conservé, comme son nom l'indique, les caractères qu'il présente à l'époque qui précède la puberté. L'organe est rapetissé, diminué de volume, à parois peu épaisses, à muqueuse mince. Les deux segments, col et corps, sont à peu près égaux. La cavité utérine a presque la longueur d'un utérus de vierge après les premières règles.

Chez ces malades l'état du vagin et des annexes est très variable, le plus souvent tous ces organes sont peu développés ; il en est de même des mamelles.

Au point de vue qui nous occupe, les auteurs ne sont pas d'accord sur le pronostic de l'utérus pubescent. Les uns considèrent cet état comme incompatible avec la grossesse, d'autres pensent que la guérison est possible, et par suite la fécondation. Il est vrai que, dans certains cas au moins, un traitement approprié permet à l'organe de se développer et de concevoir. Aussi sous l'influence d'une hygiène convenable on peut voir l'utérus se développer, la menstruation se régulariser et la fécondation survenir après plusieurs années de mariage stérile.

Le traitement s'adressera surtout à l'état général ; sa base

sera l'hygiène. Exercice, gymnastique, alimentation substantielle et peu toxique, tels sont les éléments de la thérapeutique. Ces malades ont les reins souvent insuffisants, et chez elles l'élimination urinaire se fait mal. Elles devront donc éviter les aliments toxiques comme l'alcool, les viandes faissandées, les mets épicés. Aussi le régime lacto-végétarien avec une faible quantité de viande blanche est le régime de choix. Les bains chauds, les frictions sèches, la vie en plein air, les exercices modérés et gradués sont absolument indiqués. Les médicaments reconstituant tels que le fer, le quinquina, l'arsenic employés en solution, sirop ou pilule, peuvent et doivent être essayés ; mais il faut écarter cette fâcheuse habitude populaire qui consiste à faire absorber à ces malades force alcool sous le nom de « fortifiants ». Il est bon d'ajouter que l'âge, le mariage améliorent et guérissent même ces états. Car chez certaines femmes il y a eu simplement retard dans le développement de l'utérus.

Le col de l'utérus peut dans certains cas être par lui-même un obstacle à la fécondation. Cet organe peut être soit obli-téré, soit simplement rétréci. Ces malformations du col de l'utérus sont ou congénitales ou acquises.

L'oblitération congénitale du col utérin est plus rare que celle qui se produit après la naissance. « Celle-ci se rencontre le plus souvent à l'orifice externe et résulte, soit de la formation de tissu fibreux cicatriciel, soit d'adhérences établies entre la muqueuse du vagin et celle du col utérin. Les cauté-risations intempestives et les lésions cervicales consécutives à l'accouchement sont les causes les plus ordinaires de cette catégorie d'accidents. » (1)

Le rétrécissement du col de l'utérus est aussi congénital

(1) De Sinety. — *Loc. cit.*, p. 46.

ou acquis ; dans ce dernier cas il s'agit, soit de solutions de continuité consécutives à l'accouchement et suivies d'une cicatrice défectueuse, soit d'inflammations de cet organe. Ces rétrécissements siègent à des niveaux variables. On distingue le rétrécissement de l'orifice externe, celui de l'orifice interne et le rétrécissement de l'isthme du col de l'utérus. Le rétrécissement de l'orifice externe semble être le plus fréquent. Parfois ces atrésies coïncident avec un arrêt de développement de l'utérus et de tout l'appareil utéro-ovarien. Au niveau de l'isthme on trouve parfois des rétrécissements purement spasmodiques, d'ordre nerveux, rappelant en quelque sorte le vaginisme que nous avons étudié plus haut.

Les rétrécissements du col de l'utérus ne sont point fatalement incompatibles avec la grossesse. Cependant, bien que le mécanisme en soit peu connu, il est certain que cette affection entraîne fréquemment la stérilité ; et les observations concordent pour démontrer le rôle étiologique important des rétrécissements ou des oblitérations du col dans la pathogénie de l'affection qui nous occupe.

Outre la stérilité pour laquelle elles demandent l'avis du médecin, les femmes atteintes d'atrésie du col de l'utérus signalent des troubles plus ou moins marqués dans la menstruation. Cette fonction a pu normalement s'établir, mais c'est avec des douleurs souvent atroces que le flux menstruel sanguin arrive à traverser le point rétréci. Quelquefois même les règles sont retenues dans la cavité utérine et la femme est aménorrhéique : l'hématométrie est constituée.

Le traitement de cette affection varie suivant les cas particuliers. S'il y a oblitération complète du col, l'incision sera pratiquée. Il faudra surveiller avec soin la cicatrisation, qui pourrait reconstituer l'oblitération. L'amputation du col même peut dans certains cas être indiquée. Quant aux rétrécissements du col de l'utérus, leur traitement consiste dans la dila-

lation. Mais avant d'intervenir il faut s'assurer que les autres organes génitaux sont normaux. Une seule séance est rarement suffisante. Elle se fait soit avec des tiges de lamineaires, soit avec des bougies d'Hégar, soit avec les deux combinées. « Introduire dans le col une laminaire (pour l'assouplir) et faire ensuite la dilatation immédiate progressive avec les bougies d'Hégar, aseptiques et bien vaselinées (vaseline aseptique). Procéder méthodiquement et avec douceur ; ne jamais forcer ; diriger la bougie dans la direction de la cavité utérine (préalablement reconnue par l'hystérométrie et le toucher vaginal combiné au palper hypogastrique) ; employer d'abord une bougie pénétrant sans difficulté et introduire successivement les bougies suivantes de la filière, de diamètre progressivement croissant (accroissement de 1/6 de millimètre par bougie) ; si une bougie a pénétré avec difficulté, la laisser en place deux ou trois minutes et faire avec elle de petits massages du col (mouvements de va et vient), avant d'introduire la suivante ; maintenir, s'il y a lieu, le résultat obtenu par des tiges intra-utérines (de Petit) à demeure. » (1)

Sous le nom de stomatoplastie par évidement du col, M. le professeur Pozzi a préconisé une intervention spéciale dans les cas de sténose congénitale ou acquise du col de l'utérus. Cette intervention a pour but de « produire une dilatation qui donnera au col, à son orifice et à son trajet, la forme d'un col de femme ayant eu un enfant sans déchirure, tout en respectant la muqueuse, qu'il nettoie préalablement par le curetage, selon les besoins. » (2) On trouvera dans la thèse de Nigoul le procédé opératoire longuement décrit. Pinard, dans le livre d'or offert au professeur Pozzi, juge ainsi ce procédé :

(1) De Rouville. — Consultations gynécologiques, p. 52.

(2) Nigoul. — Th. Paris 1902.

« L'évidement commissural du col, opération si ingénieusement conçue par Pozzi, me paraît d'une application rare. Assurément dans les cas d'étroitesse de l'orifice interne et d'atrésie du col, l'opération de Pozzi donne de beaux résultats. Mais elle ne peut faire disparaître l'angle de flexion, pas plus que la sténose de l'orificè interne. De plus, comme toutes les opérations sanglantes pratiquées sur le col, en faisant disparaître l'intégrité des tissus du col, en faisant fatalement naître un tissu cicatriciel, elle crée, pour l'avenir, en cas de grossesse, une cause de dystocie plus ou moins dangereuse. » (1) L'opinion des deux maîtres rend perplexe le modeste praticien et nous dispense de tout commentaire.

Le col utérin peut avoir un canal de calibre normal et devenir cependant cause de stérilité par malformation de ses parois. Auvard (2) cite quelques formes de cols utérins qui apportent une véritable difficulté à la fécondation. Il indique le col en éteignoir avec les parois qui s'écartent l'une de l'autre à l'extrémité vaginale, le col en toupie, dont les parois sont au contraire rapprochées, le col recourbé en porte-manteau, le col tapiroïde, dont une des lèvres hypertrophiée recouvre l'orifice externe. Le toucher vaginal, l'examen au spéculum établiront facilement le diagnostic, que l'interrogatoire ne pouvait pas faire prévoir.

Le traitement consiste en une opération plastique qui redonnera à l'organe une nouvelle forme, permettant la pénétration des spermatozoïdes, l'amputation même du col peut donner de bons résultats. Toutefois, comme la fécondation est souvent possible même avec ces déformations cervicales, il est bon de ne conseiller l'intervention qu'après plusieurs années de mariage resté stérile.

(1) Pinard. — *In* Livre d'or du P^r Pozzi, p. 7.

(2) Auvard. — *Loc. cit.* p. 640

III. — TROMPES ET OVAIRES

Nous ne dirons que peu de chose sur les malformations des trompes et des ovaires. Ces organes peuvent être absents ou rudimentaires ; mais ces anomalies se confondent généralement avec les utérus infantiles ou pubescents qu'elles accompagnent. La symptomatologie en est la même, le traitement surtout hygiénique.

Quant aux déformations, aux vices de position des trompes et des ovaires, ils sont ordinairement rares et difficiles à diagnostiquer sur le vivant ; d'ailleurs la thérapeutique à leur opposer est nulle. Grâce à leur mode de fixation lâche, les ovaires sont susceptibles de déplacements légers. Mais la trompe suit l'ovaire, auquel elle est étroitement fixée par le ligament tubo-ovarien. Aussi la menstruation n'est que peu ou point troublée et la fécondation le plus souvent possible. Les troubles fonctionnels de l'ovaire ont été étudiés ailleurs. Nous devons signaler toutefois certains cas, rares à la vérité, où la ponte ovulaire est absente malgré un écoulement sanguin cataménial paraissant normal. Il y a dans ces cas dissociation entre la ponte ovulaire et la congestion sanguine des organes génitaux, la première est absente, les ovaires ne fonctionnent point. Cette affection est ordinairement due à une cause générale qu'il faut traiter, ou bien les ovaires se sont atrophiés et sclérosés à la suite d'une affection aiguë et organique. On comprend combien il est difficile de rendre à ces organes leur intégrité perdue.

CONCLUSIONS

CONDUITE DU MÉDECIN

Pour résumer et grouper dans un ordre différent les faits, un peu théoriques peut-être, que nous avons exposés, nous concluerons : les causes de stérilité chez la femme peuvent être ramenées aux cas suivants :

1° Stérilité résultant d'un obstacle mécanique au rapprochement sexuel. Cette catégorie comprend les cas où il y a imperforation du vagin ; les cas de tumeurs volumineuses de la vulve et du vagin ; la résistance de l'hymen ; le vaginisme, etc. ;

2° Stérilité par obstacle mécanique à la pénétration du sperme dans l'utérus ; il s'agit alors, soit d'une atrésie ou d'une malformation du col utérin, soit d'une déviation utérine ;

3° Stérilité par destruction des spermatozoïdes dans les voies génitales ou par non-rétention de l'œuf dans l'utérus ; c'est la cause dominante dans les inflammations génitales (vaginite, métrite, annexite) ;

4° Stérilité par défaut de développement des ovaires ou de l'utérus :

5° Ajoutons les intoxications par l'alcool, la morphine, etc., et les habitudes vicieuses (onanisme, prostitution, etc.), des-

quelles nous n'avons rien dit au cours de ce travail, et cela intentionnellement. Nous signalerons aussi comme cause d'intoxication amenant souvent la stérilité la manipulation de la dynamite. M. le professeur Carrieu a signalé ce fait à plusieurs reprises au cours de ses leçons cliniques.

* * *

En présence d'une femme qui vient consulter pour sa stérilité, quelle sera la conduite du médecin ? Pour répondre d'une façon satisfaisante aux questions suivantes qui lui sont posées : Pourquoi n'ai-je point d'enfants ? que faut-il faire pour en avoir ? le médecin doit interroger et examiner avec soin sa cliente.

« L'interrogatoire doit faire connaître l'âge, l'époque d'apparition de la puberté, surtout et par dessus tout la physiologie de la menstruation. » (1)

Quelques cas peuvent être schématisés. On se trouve en présence d'une femme chez qui les règles sont apparues à l'âge normal, entre 12 et 16 ans, ou bien au contraire il s'agit d'une malade réglée tard et irrégulièrement.

Dans le premier cas les règles ont pu être douloureuses dès leur apparition ou bien l'être devenues. Ces douleurs sont surtout intenses pendant les premières trente-six heures des règles. Le plus souvent alors on a affaire à une femme qui a un utérus fléchi avec un rétrécissement plus ou moins marqué du col. L'examen local par la vue et le toucher combiné au palper fixera le diagnostic. Ou bien les règles régulières et indolores au début, après être apparues pour la première fois à un âge normal, sont devenues irrégulières, sou-

(1) Pinard. — *In* Livre d'or offert au P^r Pozzi, p. 2.

vent même après une grossesse suivie d'allaitement. Elles ont commencé par devenir de moins en moins abondantes, avec parfois des interruptions de plusieurs mois, et même anénorrhée totale. Il faut songer à l'impotence de la glande génitale, à une ménopause prématurée ; il s'agit ordinairement d'une femme chez laquelle les ovules ne mûrissent plus. « Ce sont ces femmes qui prennent souvent un embonpoint précoce, assez exagéré, quelquefois, pour faire croire à l'existence d'une grossesse ; c'est la grossesse graisseuse des anciens. Cette variété de femmes est assez fréquente dans les ménages stériles. » (1) D'autres fois on se trouve en présence d'une femme de 30 ans et plus et chez qui les règles, qui ont toujours été normales, deviennent de plus en plus abondantes et de plus en plus fréquentes avec parfois des caillots. Chez elles l'utérus est parfois trouvé gros et dur. Il s'agit alors d'hypertrophie utérine avec dégénérescence fibromateuse. Ces cas sont fréquents chez les femmes jeunes encore qui n'ont jamais été fécondées.

Femme normalement réglée, entre 12 et 16 ans, règles régulières, indolores. Depuis le mariage, douleurs à la période menstruelle, douleurs dans l'intervalle, pertes blanches. Songer à une inflammation de l'appareil génital ; le mari n'a pas fécondé, mais il a infecté.

Lorsque la malade a été réglée tard, irrégulièrement, peu abondamment ; lorsque, au lieu de coliques utérines franches, la femme accuse plutôt un malaise général avec points douloureux généralisés au moment des règles, songer aux vices de développement de l'appareil génital. Le plus souvent il s'agit de femmes dont les antécédents héréditaires et personnels sont chargés au point de vue pathologique. Ce sont des

• 1

(1) Pinard. — *Loc cit*, p. 3.

chloro-anémiques, des filles de tuberculeux, etc., etc... L'examen par le toucher combiné au palper, l'hystéromètre, permettent de reconnaître le petit volume de l'utérus et les petites dimensions de sa cavité.

Selon les cas le traitement doit varier, et il devra s'adresser à la cause. Le traitement de l'état général est indiqué chez les malades qui ont une menstruation défectueuse, chez qui les règles sont mal établies ou qui ont apparu tard ; chez celles qui ont une tendance à la ménopause précoce ; chez celles qui, selon l'expression de M. le professeur Tédénat, manquent de féminisation.

Aux causes locales on opposera un traitement local. Réduire et maintenir réduite une déviation, dilater un col sténosé, combattre le vaginisme, guérir une affection inflammatoire de l'appareil génital, modifier les sécrétions vaginales, etc... permettra souvent à une femme de devenir mère.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Résumée)

In thèse de L. Chaby, Paris 1898

Mme X..., âgée de 37 ans, eut toujours des règles douloureuses, mais sans que les douleurs aient jamais revêtu un caractère intolérable. Mariée à l'âge de 20 ans, le mariage ne changea pas les troubles menstruels. Légère leucorrhée, stérilité absolue.

La malade fut opérée en 1893. Elle présentait un utérus infantile, avec col petit, conique, orifice très étroit ; les gynécologues consultés, aussi bien que les accoucheurs, avaient tous accusé cet infantilisme comme étant la cause de la stérilité.

Stomatoplastie par évidemment commissural du col, sans curettage.

Résultats excellents ; presque aussitôt après la cicatrisation la cavité utérine a augmenté de dimensions. Elle mesurait 5 centimètres et demi avant et a atteint 7 et 7 centimètres et demi. Il y eut guérison de la dysménorrhée légère.

Grossesse normale 3 ans après.

OBSERVATION II

(Résumée)

In thèse de L. Chaby, Paris 1898

Femme âgée de 21 ans, réglée à 15 ans avec règles douloureuses durant 5 à 8 jours, d'une abondance variable. Mariée à 16 ans, continue à souffrir au moment des règles ; légère

leucorrhée depuis son mariage. Règles irrégulières et retards variant de 3 à 15 jours. Pas d'infection blennorrhagique.

Entre le 15 avril dans le service de M. le professeur Pozzi. Examen : sténose très marquée de l'orifice du col avec allongement de la lèvre antérieure, col tapiroïde. Utérus infantile. Endométrite glandulaire du col avec métrite. Rien aux annexes.

Opérée le 16 avril : curettage, stomatoplastie par évidement commissural.

Résultats excellents, tant au point de vue de la dysménorrhée et des pertes que de la stérilité. Grossesse quelques mois après.

OBSERVATION III

(Résumée)

In thèse de Lavergne, Paris 1893

Marie Ch..., 23 ans, mariée, entrée le 8 avril 1892 dans le service de M. le professeur Grynfeldt, salle Sainte-Philomène. Régée à 13 ans. Règles irrégulières et douloureuses à partir de 14 ans. Mariée depuis deux ans.

Toucher : utérus petit, orifice punctiforme, induration dans le cul-de-sac gauche.

Examen au spéculum : col conique, percé d'un orifice étroit arrondi. Longueur utérine, 7 centimètres et demi.

Le 14 juin, opération. Abaissement du col avec une pince de Museux : incision bilatérale. Excision d'une tranche de tissu en forme de coin sur l'une et l'autre lèvres. Suture de la muqueuse cervicale à la muqueuse externe : 5 points de suture sur la lèvre antérieure, 3 sur la lèvre postérieure, 1 à chaque angle latéral.

Tamponnement iodoformé. Irrigation antiseptique. Résultat excellent.

OBSERVATION IV

Résumée

In thèse de Lavergne, Paris 1893

Mme G..., 28 ans. Mariée depuis 7 ans. N'a jamais eu de grossesse.

L'examen fait reconnaître une endométrite cervicale glandulaire dans un col petit à orifice étroit. Abondant écoulement mucopurulent et acide.

Curettage et excision de la muqueuse cervicale.

Guérison. Grossesse quelques mois plus tard.

OBSERVATION V

(Résumée)

Dr Pfeiffer. Union médicale 1860

En 1857, le professeur Stoltz examine la femme stérile d'un confrère et constate une étroitesse extrême du canal.

Pendant quelques semaines introduction journalière d'un cône d'éponge préparée dans l'intérieur du col.

Grossesse consécutive à la simple dilatation.

L'enseignement oral de nos maîtres de la Faculté de Montpellier nous a appris les bons résultats obtenus parfois dans le traitement de la stérilité chez la femme.

Dans plusieurs cas, où les observations n'ont point été rédigées, l'intervention a donné d'excellents résultats. Des cols

dilatés par les bougies d'Ilégard, des utérus redressés par un pessaire, par le raccourcissement des ligaments ronds, par l'hystéropexie, etc. ; des organes génitaux infantiles développés par l'hygiène et l'exercice ont maintes fois, dans la clientèle de quelques-uns de nos professeurs, rendu possible une grossesse chez des femmes restées stériles après plusieurs années de mariage.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 7 mars 1907.

Le Recteur,
BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 7 mars 1907.

Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

- ARAN. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus.
AUVARD. — Traité de gynécologie pratique.
BISCHOFF. — Sur la menstruation. Gazette médicale, 1843.
BOYER. — Thèse Paris, 1890.
BRIOUDE. — Des scléroses de l'utérus. Paris, 1896.
DÉCHAMBRE. — Dictionnaire, article « stérilité ».
LANDOWSKY. — Thèse de Montpellier, 1879.
LAVERGNE. — Thèse Paris, 1892.
PINARD. — *In* livre d'or offert au professeur Pozzi, 1906.
POZZI. — Traité de gynécologie.
DE ROUVILLE. — Consultations de gynécologie à l'usage des praticiens.
DE SINETY. — De la stérilité chez la femme.
VIGOUROUX. — Thèse de Montpellier, 1903.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

Mouzon.

1907.

